

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

148

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 12 Février 1896, à 1 heure

PAR

Henry LE MÊME

Né à Quimper, le 2 septembre 1866

Ancien interne de l'Hospice Saint-Jacques de Nantes

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LA

FRÉQUENCE DU SUICIDE

DES

ALIÉNÉS

Président : M. JOFFROY, professeur.

Juges : { M. LANDOUZY, professeur.

{ MM. GILLES DE LA TOURETTE et WIDAL, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1896

148

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 12 Février 1896, à 1 heure

PAR

Henry LE MÊME

Né à Quimper, le 2 septembre 1866

Ancien interne de l'Hospice Saint-Jacques de Nantes

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LA

FRÉQUENCE DU SUICIDE

DES

ALIÉNÉS

Président : M. JOFFROY, professeur.

Juges : { M. LANDOUZY, professeur.
MM. GILLES DE LA TOURETTE et WIDAL, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHEL.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTHIER.
Histoire naturelle médicale.....	N.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....}	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....	FOUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
Clinique médicale.....	SEE (G.)
	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.....	BECKER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEY.	RICARD.
ALBARAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRE.	HEIM.	SERILLEAU.
BAR.	LEJARS.	THIERRY.
BONNAIRE.	LETULLE.	THOINOT.
BROCA.	MARFAN.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	MARIE.	VARNIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	VILLEJEAN.
CHASSEVENT.	NELATON.	WALTER.
DELBET.	NETTER.	WEISS.
GAUCHER.	POIRIER. chef des	WIDAL.
GILBERT.	trav. anatomiques.	WURTZ.
GILLES DE LA TOURETTE.	RÉTTERER.	

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES AMIS

A MES MAITRES

A MONSIEUR LE DOCTEUR BIAUTE

Médecin en chef du quartier d'aliénés de l'Hospice St-Jacques
de Nantes

A MONSIEUR LE DOCTEUR OLLIVE

Professeur à l'Ecole de plein-exercice de médecine de Nantes
Médecin des hôpitaux de Nantes

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE DOCTEUR JOFFROY

Professeur à la Faculté de médecine de Paris

Médecin de l'Asile Sainte-Anne

Chevalier de la Légion d'honneur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556007_0045

INTRODUCTION

Pendant nos quatre années d'Internat à l'Hospice Saint-Jacques de Nantes, nous avons eu à constater un nombre assez important de suicides et de tentatives de suicide, parmi les malades du quartier d'aliénés.

Justement émue de cette situation, la Commission administrative des Hospices de Nantes résolut de faire faire une enquête qui pût lui servir à trouver les mesures et les précautions nécessaires afin d'atténuer ou d'enrayer, s'il était possible, les progrès de cette véritable épidémie.

Notre excellent maître, M. le Docteur Biaute, médecin en chef de l'Asile Saint-Jacques, voulut bien nous admettre à étudier avec lui la question. Pour répondre au désir manifesté par la Commission des Hospices, il rechercha d'abord tout ce que sa pratique dans les asiles avait pu lui permettre d'observer au sujet du suicide. Grâce à sa bienveillance, nous mettrons largement à contribution sa grande expérience ; puis à nos observations personnelles nous joindrons les observations recueillies à l'Asile, durant les années antérieures à notre temps d'Internat.

Pour procéder avec ordre, nous étudierons le suicide d'abord au point de vue général chez les aliénés, nous montrerons d'après les auteurs les plus autorisés quels

sont les malades dangereux pour eux-mêmes que l'on doit, par une surveillance incessante, essayer de soustraire à leurs propres impulsions.

Puis, par un exposé des moyens qu'ils emploient pour déjouer cette surveillance, nous tâcherons de donner une idée de l'habileté très grande dont ils sont capables, de la ruse presque décourageante tant elle est parfaite, que peut leur inspirer la résolution de se détruire.

Enfin, après la discussion des moyens employés pour les protéger, nous tirerons nos conclusions.

Nous dédions ce travail, trop modeste hélas ! au maître distingué qui nous a guidé, à M. le Docteur Biaute. C'est un témoignage bien faible de la grande reconnaissance que nous lui avons pour sa bienveillance constante à notre égard et pour ses précieux conseils prodigués toujours avec la même indulgence, la même bonté.

C'est pour nous un devoir également doux à remplir que de remercier ici M. le Professeur Ollive. Dans le cours de cette thèse, nous rapportons une observation intéressante qu'il a bien voulu nous communiquer, mais nous lui avons d'autres motifs et d'ordre tout spécial, d'éternelle gratitude. Sa modestie nous excusera si, nous qui nous souvenons, avons à cœur de lui rappeler aujourd'hui ce qu'il a sans doute oublié dans son habituelle bonté : qu'à une phase critique de notre existence passée, il a été pour nous plus que le maître qui instruit, il s'est fait aussi l'ami qui console, le médecin qui guérit. Et pour tout cela, nous le remercions du fond du cœur.

Que M. le Professeur Joffroy, qui veut bien accepter la

présidence de notre thèse inaugurale, reçoive l'hommage sincère et respectueux de notre vive gratitude.

Un remerciement enfin bien cordial à nos bons amis A. Gangloff, notre collègue, et G. Savatier, qui nous ont aidé en recueillant, en notre absence, quelques observations qui figurent dans cette étude.



I

La question du suicide dans les asiles d'aliénés a toujours été et menace d'être encore malheureusement pendant longtemps à l'ordre du jour : c'est une préoccupation constante pour le personnel médical et pour les administrateurs des maisons de santé. Il ne se passe en effet guère d'année sans que les statistiques des asiles, aussi bien privés que publics, n'aient à enregistrer d'accidents de ce genre : et encore ne compterons-nous pas ceux qui auront avorté par la seule efficacité des moyens de surveillance ou de contention dont on peut disposer actuellement. En effet, les tentatives de suicide peuvent être divisées en deux catégories : celles qui ne manquent leur but que par suite de la défectuosité des modes d'exécution et celles qui sont arrêtées parce qu'étant prévues, le personnel des surveillants ne se laisse pas surprendre.

Les tentatives avortées devraient être la règle et cependant il n'en est pas ainsi, même dans les asiles les mieux organisés et disposant des ressources les plus complètes.

Mais ce ne sont pas seulement les administrations des maisons d'aliénés pour qui cette question présente une certaine gravité : les familles qui leur confient des malades sont en droit de discuter l'efficacité des procédés employés pour soustraire leurs parents à leurs impulsions malades. Le public, à qui l'on tend, de plus en plus, à montrer les suicidés, de même que certains criminels, comme des

aliénés et à qui l'on préconise l'isolement et la séquestration, comme les plus sûrs moyens d'enrayer le mal, peut s'effrayer à juste titre des mauvais résultats obtenus ; il ne se doute pas des difficultés très grandes que rencontre le médecin aliéniste. Celui-ci se voit exposé aux critiques les plus vives, aussi violentes qu'injustes, lorsqu'un suicide se produit. Mêmes reproches si le suicide a lieu au dehors, chez un individu qu'il aura fait sortir par amélioration ou même guérison, le plus souvent sur les instances réitérées de la famille ; cette sortie, on l'en blâme et l'on n'est souvent pas loin de le rendre responsable de ce qui se produit ensuite.

Aussi, de tout temps, depuis la création des asiles d'aliénés, depuis Pinel, qui transforma les anciennes prisons où on les maltraitait comme insensés, en véritables hospices de malades, le suicide est sans cesse l'objet de préoccupations et d'études. Les écrits de tous les aliénistes mentionnent plus ou moins quelques moyens prophylactiques, mais généralement la question est traitée sans grande insistance en raison de l'impuissance dans laquelle on se trouve presque toujours d'agir efficacement. Nous n'avons pas la prétention de vouloir proposer de nouveaux procédés de protection ; notre humble but est seulement de montrer, d'après les faits observés pendant plusieurs années dans un asile, quels sont les procédés sur lesquels on pourrait insister pour s'opposer aux suicides et de discuter d'autre part ceux qui n'ont aucune chance de réussite.

II

La connaissance des malades qui sont enclins à se détruire doit être notre guide dans cette étude. En effet, la tentative ou plus exactement la tentation de suicide n'est pas également à craindre chez tous les genres de malades ; s'il en est chez lesquels les idées de suicide sont un symptôme constant, il en est d'autres, par contre, qui ne les ont jamais. Est-ce à dire pour cela qu'un pareil acte ne sera pas à craindre de la part de ces derniers ? Non, mais s'il se produit, ce sera brusquement, inconsciemment, sous l'influence d'impulsions irrésistibles ne durant qu'un instant et laissant souvent une amnésie complète. Généralement les tentatives de ce genre n'aboutissent pas ; comme elles sont irraisonnées, les moyens employés sont ou d'une férocité extrême ou complètement insuffisants ; le malade agit avec un certain éclat ou bien ne se cache pas ; aussi ces tentatives trouvent rarement la surveillance en défaut.

Voyons d'abord quelles sont les conceptions délirantes qui peuvent pousser au suicide. Les études ont été nombreuses sur ce sujet ; il a donné lieu aux dissertations les plus controversées. Notre courte expérience ne nous permet pas de formuler une opinion personnelle : nous nous bornerons à relater les opinions le plus souvent émises. Il en résulte que dans l'aliénation mentale ce sont, surtout les formes dépressives qui donnent les idées de suicide.

Ainsi, dans la Mélancolie, la tendance au suicide est un

symptôme presque constant se rattachant logiquement à la nature du délire. « Les formes de l'aliénation, dit Brierre de Boismont, qui ont une influence plus grande sur cette terminaison sont les monomanies tristes. » Le caractère du suicide mélancolique est d'être calculé, raisonné ; l'acte est longuement et patiemment mûri, rien ne rebute le lypémanique auquel la vie est à charge, aucune difficulté ne l'arrêtera, il se complait longtemps dans son idée et ne l'exécute que d'après un plan bien tracé. C'est surtout dans cette forme que l'on constate les récidives et presque toujours les nouvelles tentatives sont différentes des premières.

Sur le délire des persécutions, l'accord n'est pas fait entre les aliénistes. En 1883, le docteur Clament, dans une thèse de Paris sur *le suicide dans quelques formes d'aliénation mentale*, avait dit : « Chez les persécutés, le suicide est habituellement calculé, raisonné. Le persécuté, après mûres réflexions, préfère la mort aux mauvais traitements dont il croit être la victime. »

Mais le docteur Meilhon, en 1886, soutint devant la Faculté de Bordeaux une thèse dont les conclusions étaient : les persécutés ne se suicident pas ou du moins le suicide est une exception dans la Folie des persécutions, les mélancoliques seuls ont recours au suicide ; il ajoutait à cette distinction une grande importance en clinique et en médecine légale.

M. le docteur Christian, médecin de la division des hommes de la Maison nationale de Charenton, combattit, dans les *Annales médico-psychologiques* de septembre 1887, cette assertion comme trop exclusive et trop générale et il démontra, d'après des relevés statistiques pris dans les

auteurs, que les persécutés se suicident aussi bien que les mélancoliques.

M. le docteur Biaute, dans le numéro de l'*Echo médical de Toulouse*, portant la date du 3 novembre 1888, fournit encore des exemples à l'appui de cette dernière affirmation : d'abord le cas célèbre du secrétaire de Francisque Sarcey qui tenta de se suicider dans la maison même du grand critique le 20 avril 1888 ; son état mental, exactement analysé dans un article du *Temps* de cette époque par Francisque Sarcey lui-même, constitue bien l'affection spéciale décrite par Lasègue en 1858. D'autres exemples, non cités encore ont été relevés à l'asile Saint-Jacques ; ce sont ceux des observations VII et IX.

Le suicide est donc une éventualité à craindre chez les persécutés ; il y aurait grand danger pour tout médecin à n'être pas persuadé de ce fait car il en découle des conseils particuliers et des recommandations pour la surveillance des malades. Sinon, il pourrait arriver aux praticiens et aux familles de pénibles surprises.

Dans l'Hypocondrie, il existe souvent des idées de suicide, mais il arrive rarement qu'elles soient mises à exécution. Les malades ont la vie à charge, mais ils sont incapables de faire quoi que ce soit pour mourir ; ils restent inertes et ne sont pas susceptibles d'un effort suffisant pour se tuer ; aussi peuvent-ils choisir le premier mode d'exécution qui se présentera à eux, de telle sorte que bien souvent leurs tentatives sont ridicules et insuffisantes. C'est ici que l'on peut placer cette variété de suicide, appelée suicide indirect, qui consiste à commettre un crime pour s'attirer

une condamnation à mort ; cela se rattache à l'absence d'énergie que présentent les hypocondriaques.

Chez les dégénérés neurasthéniques, l'impulsion-suicide présente des caractères particuliers : elle se produit par accès, par crises intermittentes et paroxystiques, au moment des règles particulièrement chez les femmes. C'est un désir violent et irrésistible précédé d'une période d'anxiété et de tristesse, le malade est en proie à de véritables envies de se tuer ; elles naissent souvent sans motifs, d'autre fois parce que le malade traverse un pont, voit un couteau, du feu, etc., ou à l'occasion d'une faible contrariété. Elles sont analogues aux envies de mordre, d'embrasser ; tout d'abord elles peuvent être réfrénées par le malade qui se rend bien compte de son état et y résiste ; puis il arrive un moment où l'exécution est fatale. « Retenez-moi, disait au moment de ses crises une malade de ce genre aux personnes qui l'entouraient ; ma tête se vide, je n'ai plus d'autre idée que de me détruire et il m'est impossible de chasser cette idée mauvaise : elle m'obsède à tout instant, je ne peux plus penser à autre chose ; j'aime pourtant bien ma famille et je sais tout le chagrin que je lui cause, mais je ne peux pas, je ne peux pas... » Et elle fondait en larmes. Il est à craindre qu'une crise de ce genre ne trouve la surveillance en défaut et qu'un malheur en soit la conséquence.

Chez les maniaques, chez les alcooliques, les idées de suicide existent très rarement, mais l'accident se produit néanmoins de temps en temps ; il n'y a pas de réflexion : le malade, généralement sous l'empire de la terreur que lui causent des hallucinations ou des illusions, a recours à

un moyen rapide et plutôt violent ; le premier qui lui vient à l'esprit.

Il en est de même pour les hystériques et les impulsifs : quand le suicide se produit, il a les mêmes caractères que la maladie : il est le résultat d'une impulsion soudaine, irréfléchie, puisqu'il n'y a pas de délire. C'est à cette forme que l'on peut rattacher de nombreux suicides exécutés sans cause appréciable et qui étonnent par leur étrangeté. Ces variétés sont conscientes et les malades en conservent le souvenir.

Chez les épileptiques, dit le docteur Clament, le suicide est ordinairement le résultat d'une impulsion inconsciente. Quelquefois, il est le résultat d'un état mental particulier, qui rend au malade la vie insupportable.

Enfin, les paralytiques généraux eux-mêmes, ne sont pas exempts des idées de suicide ; mais celles-ci ne prennent naissance que dans les moments de conceptions hypochondriaques, et elles présentent alors ce caractère d'être parfaitement raisonnées : un malade offrant tous les signes psychiques de la folie paralytique, profite d'une phase d'amélioration pour demander et obtenir une permission de sortir dans le seul but de se rendre chez lui et de s'y couper la gorge avec un rasoir.

Voilà passés en revue les principaux caractères du suicide dans les différentes affections mentales.

Quant aux morts accidentelles qui peuvent se produire involontairement chez tous les genres d'aliénés, pendant les crises d'agitation, par exemple, elles doivent être soigneusement écartées des statistiques de suicides.

Nous dirons, avant de terminer, quelques mots des

causes les plus fréquentes de suicide chez les aliénés ; ces causes sont les mêmes que celles de la maladie mentale et au premier chef, l'hérédité qui doit nous arrêter un instant ; c'est sur elle qu'ont le plus insisté tous les auteurs : les cas les plus positifs abondent et rendent indiscutable son influence ; et ce n'est pas seulement le suicide qui est héréditaire, mais encore le choix même des moyens. Il arrive fréquemment que les membres d'une même famille qui se suicident, ont tous recours pareillement au même mode d'exécution. L'observation V est un curieux exemple de l'hérédité dans le suicide.

La contagion joue également un grand rôle et elle se produit par imitation ; en elle réside la cause des épidémies de suicide qui ont si souvent sévi, non-seulement sur les asiles, mais aussi sur toutes les agglomérations, les casernes et même les populations des villes à la suite des grands événements. Il ne se passe pas d'année sans que, peu après l'arrivée des conscrits dans les régiments, les journaux n'aient à enregistrer quantité de suicides exécutés par les jeunes soldats : il est évident que l'imitation se joint ici, pour une grande part, à la nostalgie, à l'ennui, au chagrin qu'ont ces jeunes gens d'avoir été enlevés à leur famille. Il y a un grand nombre d'épidémies de suicide historiques : tous ces faits ont été cités et merveilleusement étudiés par le docteur Moreau (de Tours), dans une thèse de Paris, en 1875 ; nous avons seulement tenu à les rappeler pour mémoire.

De même le suicide à deux, analogue à la folie à deux, qui a fait l'objet d'un travail remarquable du docteur Chpolski, ainsi divisé : Suicide imposé, dans lequel un seul

un sujet a l'idée du suicide et l'impose à l'autre. Suicide simultané, où deux sujets ont l'idée du suicide en même temps, sous l'influence de mêmes causes occasionnelles. Suicide communiqué, où deux sujets ont l'idée du suicide, mais l'un se suicide en premier lieu ; l'autre, fasciné par l'idée ou l'acte du premier, se suicide peu après. Enfin, suicide par transformation ou suicide épidémique, dans lequel plusieurs individus voient leurs idées excentriques tourner au suicide, sous l'influence d'un suicide célèbre ou aux époques troublées.

Les excès de toutes sortes, la masturbation surtout, sont de puissants auxiliaires des préoccupations suicides. (Obs. VI).

Nous allons maintenant passer à l'examen des modes d'exécution en insistant particulièrement sur ceux auxquels nous avons vu nos malades avoir recours.



III

« Quand le suicidé est un aliéné, dit M. le Docteur Vibert, dans son précis de médecine légale, on peut rencontrer les blessures les plus bizarres et les genres de mort les plus inattendus. » Cela tient nécessairement à une cause spéciale ; la surveillance dont les aliénés sont l'objet peut forcer quelques-uns à avoir recours à des moyens extraordinaires, mais il faut chercher ailleurs pour la plupart, car il en est dont la volonté céderait rapidement aux souffrances endurées et qui ne pourraient arriver sans faillir, à leurs fins ; d'autre part tous les aliénés ne sont pas enfermés et il y en a beaucoup qui se donnent la mort en dehors des asiles ; il existe même une opinion admise par un certain nombre de médecins qui fait de tous les suicidés des individus ne jouissant pas de leurs facultés mentales, au moins passagèrement. La raison de ces suicides étranges et des véritables tortures physiques au milieu desquelles certains aliénés névropathes cherchent la mort volontairement, réside dans une insensibilité particulière à la douleur, dans une anesthésie parfois complète en rapport direct avec les troubles de l'aliénation et disparaissant dans les moments d'amélioration. Le cas de notre observation VII concernant une femme qui s'ouvre le ventre avec de mauvais ciseaux par dissection progressive des téguments en est un exemple remarquable. Egalemeut cet homme (Observation XIII) qui une première fois se martela le crâne comme à

plaisir et peu après se scia littéralement le cou avec un vieux couteau non aiguisé depuis longtemps.

Sans sortir de notre sujet, nous pouvons ici faire une légère digression pour montrer, d'après un fait qui eut, il y a quelques mois, un certain retentissement à Nantes, dans quels grands embarras mettent parfois le médecin légiste ces morts bizarres lorsqu'elles sont constatées chez des individus qui jusqu'alors n'avaient pas été soupçonnés de troubles de leurs facultés mentales. Nous ne saurions mieux faire que de citer dans son entier le rapport de M. le Docteur Ollive, notre savant Professeur de médecine légale, à l'Ecole de Nantes, fait sur la réquisition de M. le Juge d'instruction de Nantes, à la suite de la découverte d'un cadavre que le nombre et la nature de ses blessures faisaient supposer avoir été assassiné. Ce rapport avait pour d'établir s'il y avait eu en réalité meurtre ou suicide.

Je soussigné, Gustave Ollive..... certifie avoir procédé..... à l'autopsie de M. X... en vue de rechercher quelle est la cause de la mort, si elle doit être attribuée aux violences constatées ou à la submersion, et de dire si les violences sont le résultat d'un crime ou d'un suicide, et avoir constaté ce qui suit :

Le cadavre de X... a été retiré de la Loire, où il avait été aperçu flottant.

Le corps est en rigidité cadavérique incomplète aux membres supérieurs, complète à la mâchoire et aux membres inférieurs ; l'épiderme est plissé et blanchâtre aux extrémités, indiquant un séjour plus prolongé dans l'eau.

Examen de la tête. A la face, ni plaies, ni ecchymoses ; pas d'ecchymoses sous-conjonctivales, cornée à aspect normal, pas

d'écoulement par la bouche et le nez. A la partie supérieure du crâne, on aperçoit de nombreuses plaies, presque toutes dirigées d'avant en arrière et dont je vais détailler la description : En avant, sur la ligne médiane, existe une plaie longue de 57 millimètres et atteignant toute l'épaisseur du cuir chevelu. Cette plaie est à bords irréguliers, et la lèvre droite présente vers le tiers postérieur une bavure permettant d'affirmer que cette plaie n'a point été produite par un seul coup. A droite de cette plaie, et d'avant en arrière, on en trouve sept autres, de longueur variant entre 12 et 25 millimètres. Toujours à droite et en arrière, plaie de 28 millimètres de longueur à direction transversale. Tout à fait sur le sommet du crâne, dans un espace assez restreint, existent vingt-deux plaies, petites, de forme elliptique et n'ayant que deux à trois millimètres de diamètre. Le cuir chevelu ayant été enlevé, on constate plusieurs ecchymoses péricrâniennes, et enfin à la voûte du crâne, dix-sept petites plaies osseuses, ayant 3 à 4 millimètres de longueur, de profondeur variable, mais ne dépassant jamais la profondeur de l'os. Toutes ces petites plaies ont une direction antéro-postérieure et leur profondeur plus grande en avant me permet de croire qu'elles ont été produites par un instrument dirigé d'arrière en avant.

Sur la poitrine, au-dessous du sein gauche, mais se rapprochant de la ligne médiane, au niveau des cinquième et sixième espaces intercostaux, cinq plaies à direction horizontale : deux situées un peu en dehors ont à peine 2 millimètres de diamètre et n'atteignent que la partie superficielle du derme. Les trois autres ont un diamètre de 6 millimètres, sont perforantes et la dissection de la paroi thoracique permet de constater que l'une d'elles a perforé le péricarde et atteint la boule graisseuse de la pointe du cœur. Mais il n'en est résulté aucun épanchement sanguin ; les deux autres n'ont fait que traverser la paroi tho-

racique. Je puis dire immédiatement qu'aucune de ces blessures, pas plus celles de la tête que celles de la poitrine ne sont de nature à entraîner la mort.

Sur la face, sur les mains, en somme sur toutes les parties du corps qui auraient pu être atteintes, dans une lutte, on ne voit traces d'ecchymoses, de plaies superficielles.

Il est alors procédé à l'ouverture des cavités. Un trait de scie permet d'enlever la calotte crânienne. Aucun épanchement sanguin entre les os et la dure-mère ; aucune déchirure des membranes, cerveau absolument sain ; pas de fracture de la base du crâne.

Avant de procéder à l'ouverture de la cage thoracique, je fais une ligature de la trachée : les poumons sont comme insufflés, leurs bords sont mousses et arrondis, ils font saillie à l'ouverture du thorax. A la pression, ils donnent une sensation de mollesse particulière, et en ouvrant la trachée, on en fait sortir une quantité assez considérable d'écume rosée. Le cœur est arrêté en systole. Très chargé de graisse, un peu volumineux, il ne présente aucune altération valvulaire.

L'examen des organes de la cavité abdominale montre que le foie, la rate et les reins sont sains ; la vessie est vide, les intestins ne présentent aucune altération. L'estomac contient une quantité très considérable de liquide incolore, sans odeur ; c'est de l'eau déglutie au moment de la submersion.

L'autopsie démontre une chose certaine : X... a succombé à la submersion. Quant aux blessures, malgré leur multiplicité, elles ne sont pas graves, quelques-unes même sont insignifiantes.

Visite du domicile de X... J'ai accompagné les magistrats instructeurs au domicile de X et voici les constatations que j'ai pu être appelé à faire, me bornant à celles qui ont une valeur médico-légale. Dans toute la maison, on ne trouve de traces de sang que dans la cuisine et encore dans la partie comprise entre

la porte de sortie et l'évier. Il y a du sang sur le couvercle d'une fontaine, sur un pot en grès et sur une cuvette placée dans l'évier. On suit les traces de sang dans la cour, dans un hangar situé près de la cuisine, dans une pièce servant de remise à outils, dans l'escalier conduisant au grenier situé au-dessus, dans le grenier où le blessé a fait un assez long trajet avec trois stations que désignent des taches de sang plus abondantes. Enfin les traces de sang relevées sur les loquets du portail montrent qu'il a été ouvert par des mains ensanglantées : la main droite en haut, la main gauche en bas. Partout le sang est tombé en gouttes ; ces gouttes sont plus ou moins rapprochées ; nulle part on ne trouve de flaques de sang. Il est donc certain que le blessé a accompli dans sa demeure un trajet assez long, mais qu'en réalité la perte de sang a été peu abondante.

Une barre de fer couverte de sang est trouvée dans la remise aux outils. Elle n'a pu produire les blessures qui ont été décrites plus haut.

Examen des vêtements de X... — Les vêtements que portait X. sont : un pantalon, un petit gilet, une chemise, un gilet de flanelle, un faux col et une cravate-plastron. Le faux-col et le côté gauche de la chemise sont imbibés de sang dont la coloration est atténuée par le séjour dans l'eau.

Seul, le gilet de flanelle porte au côté gauche sept trous ou plutôt sept fentes, de 5 à 6 millimètres de longueur. Les plaies faites à la poitrine ne sont qu'au nombre de cinq. J'insiste d'une façon particulière sur l'absence de déchirures ou de trous à la chemise et au petit gilet.

Appréciation des blessures : Il paraît assez évident que les plaies de la tête et celles de la poitrine ne sont pas dues à un même instrument.

Les premières peuvent avoir été produites par un instrument piquant ou par une hachette ; les secondes ont nécessité

un instrument à lame étroite. J'ai dit déjà le peu de gravité de toutes ces blessures, la quantité relativement peu considérable du sang répandu ; et malgré le peu de vraisemblance du suicide, je n'étais pas loin de croire, en raison même de la multiplicité des coups, à une de ces mutilations comme on en voit souvent pratiquées sur eux-mêmes par des *aliénés* ou des *alcooliques*. La découverte de l'un des instruments devait venir corroborer cette dernière opinion.

Examen d'une herminette: M. le juge d'instruction me faisait remettre le lendemain de l'autopsie une herminette portant à une de ses extrémités des taches de sang et une assez grande quantité de cheveux. Cet instrument est constitué par une masse de fer, terminée en biseau à l'une de ses extrémités et en coin à l'autre : ces deux extrémités sont assez tranchantes et ont des angles très aigus, un manche en bois de 35 centimètres de longueur permet de manier l'instrument dont le poids est de 2 k. 700. Le sang et les cheveux occupent l'angle inférieur de l'extrémité taillée en coin. Il fait remarquer que cet angle est très aigu et s'adapte parfaitement aux petites plaies osseuses du sommet du crâne. Son acuité explique aussi les plaies de diamètre de 2 à 3 millimètres seulement que l'on voit sur le cuir chevelu. Le poids de cet instrument, son tranchant, ses angles en feraient entre des mains, même faibles, une arme terrible, bien plutôt capable de briser le crâne que d'y faire les blessures relativement légères qui ont été constatées. De plus, que l'on prenne l'herminette et que l'on fasse le geste d'en frapper un individu à la tête, on verra que c'est le milieu du tranchant qui porte ; que l'on prenne au contraire l'herminette en faisant le geste de s'en frapper soi-même, on verra que c'est précisément l'angle aigu où l'on voit le sang et les cheveux, qui porte. Cette expérience paraît presque concluante.

En résumé : la multiplicité des plaies de la tête, trente-et-

une ont atteint le cuir chevelu et dix-sept ont atteint en même temps la substance osseuse ; les plaies de poitrine, au nombre de cinq, tandis que sept coups se remarquent sur le gilet de flanelle, le peu de gravité de toutes ces plaies, la quantité relativement peu considérable de sang répandu, le trajet qui semble avoir été parcouru par le blessé, l'examen de l'herminette et de son adaptation parfaite avec les plaies osseuses du crâne, me permettent de poser les conclusions suivantes :

1° X. a succombé à l'asphyxie par submersion ;

2° Les blessures, malgré l'invraisemblance du fait, semblent bien être le résultat de coups que X. s'est volontairement portés ;

3° L'absence d'ecchymoses ou d'érosions sur les autres parties du corps permet de croire qu'il n'y a pas eu lutte.

M. le Docteur Ollive s'est arrêté dans son rapport aux simples constatations faites sur le cadavre. Il nous a paru intéressant de parler de l'état mental de X..., au moment où il s'est volontairement donné la mort et pouvant expliquer les mutilations qu'il s'est d'abord faites, avant d'avoir recours à la simple submersion, moyen sûr à l'heure avancée de la nuit et à la place qu'il avait choisies. Il résulte d'enquêtes faites par la Presse elle-même et rapportées dans les journaux de Nantes, que l'on devait faire de X... un alcoolique hypochondriaque, alcoolique de notoriété publique et hypochondriaque en raison de chagrins et de préoccupations domestiques ; il était de ceux qui ont, suivant une expression vulgaire « le vin triste. »

Les cas de ce genre sont bien connus en médecine légale ; il y en a eu fréquemment de signalés et les Maîtres

ont fait sur eux de nombreux et savants commentaires ; cependant nous n'avons pas craint d'insister sur celui-ci, déjà rapporté dans la *Gazette médicale de Nantes* de juin 1895, en y ajoutant quelques nouvelles considérations au point de vue spécial qui le rattache à notre sujet ; nous avons eu pour but d'être utile aux praticiens en fixant leur attention sur les cas exceptionnels qu'ils sont appelés à rencontrer dans leur pratique.

Tous les aliénés n'emploient pas ces raffinements et beaucoup ne raisonnent leur acte que pour se préparer l'occasion de l'exécuter par un moyen sûr et rapide à la fois. Les moyens employés ne peuvent pas être l'objet d'une classification : ils varient à l'infini, aussi bien chez les malades internés dans les maisons spéciales que chez ceux du dehors dont nous avons parlé plus haut.

La pendaison et la strangulation, que l'on observe le plus fréquemment, s'exécutent de mille manières différentes : on a vu à l'asile d'Armentières un aliéné debout, s'étranglant et déjà presque suffoqué par une corde serrée autour du cou, pendant que la visite passait devant les rangs. Si la visite n'avait pas eu lieu en ce moment on aurait certainement trouvé ce malade asphyxié dans quelque coin de la section et cela se serait passé sans que l'attention des gardiens eût pu être attirée, car on aurait pu le croire au repos, assoupi ou dans une de ses attitudes habituelles.

La précipitation peut se faire, simplement contre les murs, ou bien sur le sol du haut d'un meuble quelconque ou encore d'un lieu élevé ; l'observation d'un fait bien curieux concernant un aliéné de l'asile de Mayenne a été donnée par M. le Docteur Biaute, dans la *Gazette des Hôpi-*

taux, du 8 mai 1877. Ce malade s'élança d'un bond furieux, au milieu de la nuit, contre une des croisées de son dortoir, il en fit éclater les montants et les vitres, passa à travers et s'abattit dans la cour. Il en résulta une fracture de la base du crâne, mais non la mort, et un an après il alla se noyer dans la rivière qui borde les propriétés de l'établissement.

Pour la submersion, le moindre baquet d'eau peut suffire aussi bien qu'un fleuve large et profond.

Les armes à feu, les poisons et l'asphyxie par le charbon ne sont jamais à la portée des pensionnaires des asiles. Il n'en est pas de même des instruments piquants et tranchants qu'ils réussissent à préparer eux-mêmes avec de vieux débris de fer ramassés parmi les ordures.

Ils ont encore pour eux le refus de toute nourriture, mais il arrive rarement à produire l'inanition en raison de l'alimentation forcée qu'on peut y opposer à l'aide de la sonde œsophagienne, à cause aussi de la longue durée de ce mode de perpétration et des horribles souffrances qui en sont l'accompagnement. Une saisissante description de ces souffrances est celle de la mort de Guillaume Granié, en 1831, dans les prisons de Toulouse, à la suite d'une abstinence prolongée pendant 63 jours, racontée par le Professeur Desbarreaux-Bernard, de Toulouse.

Enfin, les instruments de travail offrent des procédés tout trouvés et différents suivant les fonctions attribués aux malades dans l'intérieur des asiles.

IV

Tels sont les principaux modes d'exécution employés par les *aliénés suicidaux*. De quels moyens disposons-nous contre eux, quels sont les divers traitements jusqu'ici préconisés et essayés contre la folie-suicide ?

D'abord tous les médicaments opposés à l'aliénation mentale elle-même, calmants de toutes sortes, hydrothérapie, etc... : l'eau froide est la base du traitement d'Avenbrugger et de Leroy qui la prescrivaient non seulement en affusions mais aussi à l'intérieur. Brierre de Boismont à la fin de son livre si complet résume ainsi le traitement du suicide dans la folie :

« Le plus ordinairement, il faut recourir à l'isolement, aux agents thérapeutiques, aux mesures coercitives. Les bains prolongés, et les irrigations continues conviennent dans la période aiguë de la folie-suicide. Les affusions froides, l'hydrothérapie, les préparations toniques antispasmodiques peuvent aussi être employées avec succès. Il en est de même des frictions sèches, des émissions sanguines, des vésicatoires, etc. L'alimentation forcée à l'aide de la sonde œsophagienne est quelquefois indispensable dans le refus prolongé d'aliments. L'emploi de la morphine paraît avoir une action avantageuse dans le traitement du suicide. L'alimentation est d'une haute importance dans les cas de l'espèce. Lorsque la période aiguë est passée, la vie de famille rend de grands services. A l'époque de la

convalescence, la campagne, les voyages, les distractions, la gymnastique, le travail intellectuel et manuel contribuent à hâter et à consolider la guérison. Une diversion morale peut amener la guérison dans les cas où la maladie reste stationnaire. La guérison de la folie-suicide peut être due à une crise physique ou morale. Les enfants nés de parents-suicides doivent être l'objet d'un traitement préventif qui consiste dans une éducation physique et intellectuelle particulière, dirigée avec sagacité et persévérance par des personnes choisies. »

Luys, pour les malades à idées de suicide, insiste sur la surveillance qui doit être absolument constante, de nuit et de jour, de façon qu'ils ne puissent dérober aucun objet pouvant leur permettre d'exécuter leurs projets. « Ils devront, écrit-il, être logés au rez-de-chaussée ; on vérifiera le contenu de leurs poches, on les privera, s'il le faut, de leur cravate, des bretelles, de leur mouchoir, qui peuvent servir de moyens de strangulation. » Puis : « Quand les malades font des tentatives réitérées de suicide, la prudence exige qu'ils soient, pendant la nuit, mis en camisole d'une façon continue, et même gardés à vue par un service de veilleurs. »

Ce sont là évidemment les procédés les meilleurs pour soustraire à leurs obsessions les malades devenus dangereux pour eux-mêmes ; mais en pratique, ils sont difficiles à exercer, du moins pendant longtemps et nous avons vu beaucoup d'individus dissimuler avec une patience extraordinaire leur délire jusqu'au moment d'une occasion favorable ; il serait pénible de traiter ainsi d'une manière continue des malades généralement tranquilles pour qui le

travail et les distractions seraient un traitement salubre. En outre, il est presque impossible de recruter un personnel de gardiens et de gardiennes suffisamment intelligent et dévoué pour comprendre les nuances d'un semblable traitement, de sorte que les ordres des médecins sont fréquemment mal exécutés : de là les négligences par suite desquelles se produisent les accidents.



V

C'est à la suite de deux suicides par pendaison qui eurent lieu au mois de mai 1894, coup sur coup, à trois jours d'intervalle, que la Commission administrative des Hospices écrivit la lettre suivante :

« Monsieur le Médecin en chef. Les suicides successifs qui viennent de se produire à l'asile, nous ont conduit à nous demander s'il n'y aurait pas quelques précautions à prendre pour éviter le retour de pareils accidents. Notre attention a été attirée sur les rideaux des fenêtres dont il n'est pas question dans le règlement, tandis que l'art. 74 dispose que les lits seront munis de rideaux attachés au plafond au moyen d'anneaux et cédant sous l'influence d'une faible traction. Nous avons l'honneur de vous prier d'examiner la question et de nous faire connaître si vous avez à nous proposer quelques réformes soit au sujet des rideaux de fenêtres, soit pour tel point du service qui vous semblerait défectueux. Veuillez agréer, etc... »

Les suicides qui ont eu lieu à l'asile Saint-Jacques depuis 1884 se divisent de la manière suivante : deux suicides par précipitation d'un étage, exécutés par des femmes ; un par perforation intestinale exécuté par une femme, à l'aide des ciseaux de travail ; un, par application du pied du lit sur le cou exécuté par un homme, et enfin trois par pendaison concernant deux hommes et une femme.

Les tentatives de suicide, qui n'ont pas abouti par

suite de circonstances absolument indépendantes de la volonté des sujets, parce que les moyens employés n'ont pas répondu à ce qu'ils en attendaient, sont au nombre de sept. Comme modes d'exécution, elles se divisent ainsi : Trois par précipitation d'un étage, concernant deux femmes et un homme ; une par coups portés sur la tête avec des pierres et un marteau de carrier, suivie d'une récidive par ouverture de la gorge, une par pendaison et une par précipitation du haut d'un meuble sur la tête, ces dernières ayant été été exécutées par des hommes.

Si toutes ces tentatives n'ont pas eu de résultat, nous verrons qu'elles n'en étaient pas moins bien combinées et que le hasard seul a déjoué les plans conçus et exécutés par les malades. Bien d'autres tentatives ont eu lieu qui n'ont pas réussi, grâce à la prévoyance des surveillants : nous ne mentionnons celles-ci que pour prouver, en général, l'efficacité de l'internement et pour montrer que les accidents, exceptionnels en somme, qui se produisent, loin de décourager notre zèle doivent au contraire l'exciter.

Les suicides par précipitation ne peuvent se produire à l'asile Saint-Jacques que dans les pensionnats où les croisées sont dépourvues de grilles. Là plupart des autres pavillons sont des rez-de-chaussée ou bien ceux qui ont des étages ont leurs ouvertures garnies de grillages ou de barreaux. Les suicides par précipitation (Observations I, II, IV, VIII et XIV) se produisirent donc aux pavillons des pensionnaires et chaque fois, c'est un oubli regrettable de la part des gardiens ou gardiennes qui a permis aux malades de mettre leurs projets à exécution.

Les recommandations ne manquent pourtant pas aux

infirmiers et infirmières, et les surveillants ont ordre de recourir à des répressions sévères lorsqu'il se produit des négligences. En effet, toutes les croisées indispensables à l'aération sont munis d'une chaîne qui ne permet que de les entrouvrir ; il est expressément recommandé de laisser les autres fermées. Mettre des grilles à l'extérieur des fenêtres serait la mesure radicale qui empêcherait certainement ce genre de suicide, mais ce serait surtout nuire au bon aspect des établissements et leur rendre un caractère spécial, dont on doit, au contraire, chercher à les débarrasser ; la grille à barreaux leur donnerait un aspect de prisons ; d'autre part la grille à mailles n'est pas solide et se détériore facilement et rapidement. Un procédé aussi pratique et plus élégant, déjà employé, consiste à munir les fenêtres de balcons grillés avec volets intérieurs pouvant s'ouvrir indépendamment des fenêtres, dont les montants et les traverses sont en fer et offrent par conséquent toutes les garanties de résistance. On pourrait, de la même façon, enlever les vitres des impostes et n'y laisser que le grillage formé par les montants en fer ; à l'intérieur de petits panneaux en bois feraient la fermeture ; la quantité de lumière ainsi perdue seraient insignifiante et, pour l'aération complète, on n'aurait jamais besoin d'ouvrir les fenêtres.

Cependant, une fois toutes ces précautions prises, il reste encore aux malades internés les objets mobiliers, lits, tables, chaises, qui fatalement demeurent constamment à leur portée. Comment se douter que notre malade de l'observation XII attirait une chaise dans un coin pour se précipiter de sa hauteur la tête la première sur le parquet ?

Il faut d'ailleurs si peu de temps pour accomplir un pareil acte, que toute intervention était impossible.

Le suicide par perforation intestinale a été, nous l'avons dit, exécuté par une femme à l'aide de ses ciseaux de travail (Observation VII). Les ciseaux mis à la disposition des malades doivent avoir les pointes émoussées, mais il faut bien qu'ils conservent la propriété de couper. C'est celle-ci qui servit à l'aliénée. La paroi abdominale fut d'abord sectionnée, une anse intestinale fit aussitôt hernie et elle fut sectionnée à son tour. Malgré tous les soins qui furent donnés, malgré l'opération à laquelle se livra le chirurgien, une péritonite se déclara et entraîna la mort. Les accidents de cette nature sont excessivement rares ; mais le seraient-ils encore moins, faudrait-il supprimer pour cela les ciseaux, instruments de travail absolument nécessaires ? Nous ne le pensons pas surtout en présence de leur forme particulière, de leurs pointes émoussées. La même discussion est applicable à la première des tentatives faisant l'objet de l'observation XII ; il s'agit ici d'un homme et l'instrument de travail est un marteau de carrier avec lequel il essaya de se briser le crâne. Bien plus, ni l'un ni l'autre de ces accidents ne peut être imputé à un défaut de surveillance : la femme, en effet, aurait pu agir au milieu de la nuit, sous les draps du lit, sans éveiller personne et il est impossible, à chaque sortie de l'atelier de couture de fouiller assez complètement toutes les malades pour être sûr qu'elles ne sortent ni ciseaux, ni aiguilles ; quant à l'homme, il travaillait avec trente autres, dans une carrière de 80 mètres de long, au milieu de pierres énormes

pouvant le dérober facilement à l'attention des deux ou trois gardiens chargés de la surveillance.

Le travail est un moyen si salulaire de traitement, qu'il doit être favorisé de toute façon et ne pas rencontrer d'entraves.

Le suicide par application du pied du lit sur le cou, est encore plus rare que les précédents ; l'exécution par ce procédé vient bien moins à l'idée que par les instruments de travail. C'est fort heureux, car il est à la portée de tous les aliénés, excepté dans la division des agités, où, recommande le règlement, les lits doivent être fixés au sol. Ce n'est certes pas pour éviter les suicides, que cette prescription a été faite, mais bien pour que les malades agités ne puissent pas déplacer ces objets mobiliers et mettre ainsi le désordre dans les salles. Faudrait-il fixer les lits dans toutes les sections, parce qu'il y a eu dans le temps un suicide du genre que nous venons d'indiquer ? Nous ne le croyons pas et le règlement, en n'en faisant pas l'obligation, avait sans doute prévu combien la chose serait difficile, dans des salles dont le sol est recouvert tantôt de parquet, tantôt de carreaux, tantôt d'asphalte, et combien ce serait gênant aussi pour les soins d'hygiène et de propreté.

Il nous reste à examiner les suicides par pendaison.

Un homme s'est servi de son mouchoir et de sa cravate pour se suspendre, dans une salle de bains, au tuyau des douches froides ; il fut découvert à temps et on put le rappeler à la vie. Ce même aliéné fit plus tard une nouvelle tentative pendant la nuit, mais encore sans succès, au moyen de sa cravate, fixée à un des barreaux de la tête de

son lit. Auparavant, il avait pensé à s'empoisonner, en avalant d'un seul coup les remèdes qu'on lui avait donnés pour être pris en plusieurs fois. Il sortit cependant guéri de l'asile, mais ne tarda pas à être repris, au dehors, de ses idées hypochondriaques et dans son pays, se pendit dans un champ.

Un autre homme qui fait l'objet de l'observation IX, s'enroula plusieurs fois une mince ficelle autour du cou et se suspendit à un clou fixé au mur de la salle de bains de sa section.

L'observation suivante, X, a trait à une femme qui, occupant une chambre dans le pavillon des pensionnaires agitées, pavillon à rez-de-chaussée dont les croisées sont garnies de petits barreaux et de grillages, se suspendit pendant la nuit, avec son mouchoir et sa serviette, à un des barreaux. Les croisées sont cependant très haut placées et il lui a fallu de grands et difficiles préparatifs pour arriver à ses fins, monter sur sa table de nuit et sur le panneau de la tête de son lit, fixé au sol.

L'homme qui s'est suicidé trois jours après cette femme (observation XI), s'est pendu à l'angle supérieur d'une porte, au moyen de sa cravate et de son mouchoir.

Les liens d'étranglement et de suspension consistent donc, le plus souvent, en mouchoirs, cravates et serviettes. Il ne peut venir à personne l'idée de conseiller leur suppression. Chacun sait, d'ailleurs, que dans les prisons, quand les suicides par pendaison ne s'effectuent pas au moyen de ces objets, ils se font à l'aide de lanières tirées des chemises ou des draps, objets encore de première nécessité. Les statistiques sont pleines de faits de ce genre.

Nos malades pourraient donc aussi y avoir recours. Dans un suicide qui eut lieu à l'asile de Lesvellec (Morbihan), en janvier 1895, c'est la ceinture qui fut employée par un homme, pour se pendre au pied du lit ; ce fait nous est rapporté par M. Guibert, interne de cet établissement.

Nous venons de montrer qu'une ficelle avait servi de lien dans un cas. Or, il n'est pas difficile de s'en procurer des morceaux dans une partie quelconque d'un vaste établissement comme l'hospice général de Nantes ; car les malades ont à aller dans toutes les parties de la maison pour des travaux divers. En supposant que les aliénés n'en trouveraient pas, ils arriveraient néanmoins à se confectionner des liens, s'ils ne voulaient pas faire usage de ceux que nous avons précédemment cités. Il est commun, en effet, d'en voir qui effilent des débris de tissus et qui parviennent ainsi à se confectionner des cordons, des manchettes et des fichus bizarres par leurs bigarrures. Ils pourraient donc de la sorte, se fabriquer un lien solide de suspension. Quand bien même ils seraient complètement dépouillés de tout, les arbres des cours et même les arbustes incapables de soutenir le poids d'un corps, leur procureraient les moyens de strangulation. Nous avons vu, à Saint-Jacques, un homme confectionner une corde excellente et de bonne longueur au moyen de fibres végétales soigneusement extraites des branches des tilleuls, dont toutes les cours de l'asile sont plantées.

L'endroit propice à la pendaison peut être trouvé en tous lieux. L'exemple du malade de l'observation XI, passant simplement les liens sur l'angle d'une porte entrebaillée, le prouve suffisamment ; nous avons fourni aussi

le cas d'un autre aliéné qui, allongé dans son lit, avait fixé le lien à un des barreaux de la tête du lit. On sait d'ailleurs qu'il n'est pas nécessaire que le corps soit détaché du sol et complètement dans le vide, pour que la mort s'ensuive ; enfin, nous avons jugé curieux de placer ici quelques notes écrites de la main même d'un malade, à la suite d'une nuit d'insomnie causée par des préoccupations-suicides :

NOTES sur les moyens de suicide par pendaison ou strangulation recherchés dans un cabinet de la 7^e section.

(Asile Saint-Jacques).

J'exclus d'abord les moyens qui résulteraient de l'enfoncement d'un clou, supposant que je n'ai ni clou assez fort, ni marteau à ma disposition ; ensuite le bruit amènerait sûrement la visite du gardien qui, immédiatement, mettrait opposition au projet, mais j'ai à ma disposition des bouts de bois servant à allumer le feu, de 40 centimètres de long environ et de 4 à 5 centimètres carrés ; de la corde assez forte. Et si tout cela me manquait, j'ai deux chaises dont je peux retirer facilement les barreaux, mouchoir, cravate, draps, etc., qui peuvent parfaitement y suppléer ; je n'ai donc plus qu'à rechercher dans ma chambre les endroits où je peux, sans bruit, accrocher le lien qui doit me servir. En première ligne, j'ai la porte, qui n'est fermée qu'au bec de canne ; si ma corde est assez longue, je l'accroche à la poignée extérieure du bec de canne, je la passe par-dessus, et de mon lit, je puis facilement me capeler (1) le nœud coulant autour du cou et me laisser glisser.

(1) Terme de marine. Le malade avait navigué.

2° Si la corde n'est pas assez longue, j'y fais un nœud et je la passe au-dessus de la porte que je referme, l'attache est aussi solide, mais comme il y a du jeu au-dessus de la porte et que le nœud pourrait passer, je préfère amarrer (1) au bout de ma corde un des bouts de bois dont je suis muni.

3° Comme ma porte est vitrée, il pourrait très bien arriver que je casse un carreau en gigotant ou que seulement mes pieds frappent contre la porte et que le gardien vienne me décrocher; je cherche alors un endroit où je pourrais être un peu isolé et je trouve d'abord l'angle de ma chambre qui est formé par deux cloisons ne montant pas jusqu'au plafond; je peux alors poser à 45° en biais, d'une cloison sur l'autre, un de mes bouts de bois dans le milieu duquel j'ai préalablement noué ma corde munie de son nœud coulant, et du dessus de ma commode ou de sur une chaise, il m'est très facile de procéder à l'opération et de me laisser retomber dans mon coin où je suis très tranquille.

4° J'ai aussi ma fenêtre, dont la partie supérieure de la crémone ne s'engage pas dans sa gâche (ce qui arrive très souvent) et ce bout de crémone me donne un piton très solide et tout fait où je puis accrocher ma ficelle.

5° Je peux aussi dégarnir par derrière une patte à scellement l'espace nécessaire pour y passer ma corde et ce point sera aussi solide que le précédent.

6° Pour en finir avec la fenêtre, je peux mettre un bout de bois horizontalement, sous le plafond, et en dessous un autre morceau qui vienne s'appuyer sur la traverse séparant les carreaux, ce dernier obliquement, et j'ai ainsi une potence capable de porter un poids beaucoup plus grand que le mien.

7° J'ai aussi mon lit, qui a plus de longueur que ma taille; je le mets debout et je fixe ma corde à la barre d'écartement

(1) Terme de marine.

des pieds de derrière ; il n'y a pas à craindre que mon lit chavire et que je me décroche.

8^e Enfin, je peux encore, sans déranger mon lit, m'en servir pour arriver au but que je cherche. Je commence d'abord, étant assis sur le devant, par m'attacher les pieds à la barre de face, puis je fixe un autre bout de corde à cette même barre, lequel bout est terminé à son extrémité par un nœud coulant, puis je me laisse tomber en avant ; seulement je n'arrive pas jusqu'à terre, la dernière corde est trop courte et le nœud coulant serre ; enfin j'ai calculé la longueur de cette corde, de façon que mes mains ne puissent atteindre le plancher.

On peut encore trouver d'autres moyens peut-être, mais je ne souhaite pas de passer une autre nuit comme celle où j'ai cherché ceux-ci, c'était celle du 5 au 6 décembre 1895, après avoir appris que ma belle-mère était morte et que la famille de ma femme avait résolu de m'exclure des obsèques, résultat obtenu par la langue de vipère qui agite dans la bouche de M. le surveillant chef de la division Pinel.

Pourquoi notre malade n'est-il pas allé jusqu'à l'essai d'une de ses combinaisons ? Nous ne saurions dire ce qui s'est passé dans son esprit. Toujours est-il qu'il avoue avoir eu comme préoccupation constante de se rendre impossible un obstacle quelconque à sa décision première et de se prémunir sûrement contre toute intervention, même venant de lui-même pour le cas où par instinct de sa conservation ou bien par un changement d'idée, son intention bien réfléchie eût varié une fois l'acte commencé. Aussi s'est-il longtemps arrêté à l'étude de son huitième procédé.

Mais si les moyens de pendaison venaient à manquer

ou à n'être pas trouvés, les malades agiraient alors par les autres procédés que nous avons dits ci-dessus, suffocation, précipitation contre les murs, ce qu'on voit faire souvent.

On peut donc s'imaginer combien il y a de choses à la portée des aliénés que hautent les idées de suicide. On peut dire que tout leur sert pour y arriver. Ils ont encore pour eux, nous l'avons vu, le refus de toute nourriture ; nous y obvions à l'aide de la sonde œsophagienne, mais ils luttent de leur côté, par de violents efforts et par le renvoi des liquides alimentaires qu'ils parviennent à rendre facile ; ils arrivent à devenir maîtres des mouvements antipéristaltiques et à vider ainsi leur estomac immédiatement après le passage de la sonde ; ils se cachectisent de cette façon et meurent (Obs. XV).

Nous avons jugé bon de résumer notre travail en quelques conclusions que l'on trouvera faisant suite aux observations qui ont servi de base à cette étude.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Collection de l'asile)

Femme P..., 33 ans, sans profession, entrée le 27 juin 1884.

Cette femme a toujours été d'un naturel assez triste et excessivement impressionnable. Elle a été très affaiblie par une grossesse pénible, compliquée d'un déplacement utérin, d'hémorrhagies : après l'accouchement, elle allaita son enfant mais le médecin dût lui défendre de continuer à cause de sa grande faiblesse. C'est de ce moment que datent les troubles psychiques et délirants et les hallucinations qui viennent aggraver l'état mental et nécessitent l'internement à l'asile. La malade se présente avec le facies de la mélancolie anxieuse ; elle se croit criminelle, les gendarmes vont venir l'arrêter... elle sera condamnée à mort ; elle a déjà été punie de ses mauvaises actions par la mort de ses trois premiers enfants... Elle a déjà essayé deux fois de s'empoisonner, une fois à l'aide du phosphore, une autre, avec du laudanum.

C'est sous l'influence de ce même délire, qu'à l'asile elle a été poussée à se jeter par une fenêtre. Elle devait être guillotinée dans la journée, a-t-elle dit après l'accident, aussi a-t-elle

Le Même

6

mieux aimé mourir volontairement. La femme P... était au moment de ses époques menstruelles ; le traitement par les bains et l'hydrothérapie était suspendu ; la règle du lever matinal était moins sévère pour elle : à six heures et demie, elle se trouvait encore dans la salle d'infirmerie, une bonne nettoyait et aérail un dortoir communiquant avec cette salle, la malade traversa rapidement ce dortoir et s'élança dans le vide, avant que la gardienne eût pu l'arrêter dans l'exécution de son projet.

Elle fut relevée avec des fractures multiples des os de l'avant-bras, de l'humérus et du fémur du côté droit ; pas de fracture du crâne. La mort survint environ deux heures après, probablement à la suite d'une commotion générale ayant produit une sidération de tout le système nerveux et principalement de la partie qui a action sur les poumons et le cœur.

OBSERVATION II

(Collection de l'asile)

Fille B..., 56 ans, cuisinière.

Cette femme a toujours eu un caractère sombre et depuis longtemps déjà, elle était inquiète pour les causes les plus futiles. La mort de ses maîtres auxquels elle était attachée a probablement contribué pour beaucoup au développement de la maladie.

Elle entre à l'asile, le 9 avril 1884, atteinte de lypémanie avec conceptions hypochondriaques, hallucinations terrifiantes. Elle est toujours triste, parle peu, a des insomnies causées par la vue de fantômes. Son idée fixe est qu'elle est cause de tout

ce qui se passe d'extraordinaire, de tout ce qui arrive de mal. C'est sous l'influence de ces idées délirantes que se produit la tentative de suicide.

La malade a entendu du bruit dans la section ; elle s'est figuré qu'elle occasionnait tout le mal qui arrivait dans l'asile. Alors désespérée, elle profita d'un moment où elle était seule dans sa chambre à 4 heures 1/2 du matin, et où la fenêtre avait été par l'imprudence d'une gardienne, laissée entrouverte pour se précipiter sur le sol d'une hauteur de cinq mètres.

Elle n'avait pas de fractures ni aux membres, ni au tronc, rien du côté du crâne ; quelques ecchymoses à la face. Quelques heures après, lorsque la malade reprit connaissance, elle présentait une anesthésie et une paraplégie complètes des membres inférieurs, dues à la compression de la moëlle par le chevauchement de la quatrième vertèbre dorsale sur la précédente. Les sphincters de la vessie et du rectum étaient paralysés. Dans les jours qui suivirent, la malade présenta de nombreux troubles trophiques. La mort arriva vingt-trois jours après l'accident.

OBSERVATION III

(Collection de l'asile)

A...., 31 ans, marié, clerc d'huissier, entré à l'asile le 30 juin 1884.

A eu sa grand'mère paternelle aliénée. Fils de paysans ayant reçu une bonne instruction secondaire, il n'a pas voulu rester à la campagne, il s'est placé comme clerc dans plusieurs grandes villes et a eu, faute de ressources, à subir beaucoup de

privations et d'ennuis. Il reconnaît que les souffrances physiques et morales ont dérangé son cerveau, déjà prédisposé par une tare héréditaire. A l'entrée à l'asile, le malade présente, avec un délire lypémanique très intense, de l'embarras de la parole, des lacunes dans la mémoire ; on remarque une certaine gêne dans son écriture, bien que cette écriture soit correcte. Ces symptômes associés à cet état mélancolique sont de nature à faire craindre la paralysie générale ou l'épilepsie vertigineuse.

A... arrive à avoir peur de tout, il croit qu'il est cause du malheur des autres, de la misère de sa famille. Il s'imagine que sa mort rendra les siens heureux, aussi est-il souvent poussé vers le suicide. Un an avant son entrée à l'asile, il s'est jeté d'une fenêtre d'un deuxième étage, il en a été quitte pour quelques contusions à la tête : il y a trois semaines, il a encore essayé de se suicider par précipitation ; il se frappe la tête contre les murs ; on constate sur son corps les traces de blessures provenant de différentes tentatives de suicide récentes ou anciennes.

Deux jours après son entrée à l'asile, A... réussit à se donner la mort par suffocation, en s'allongeant sous son lit, dont il fait porter un pied sur son cou.

OBSERVATION IV

(Collection de l'asile)

Veuve B..., 26 ans, cultivatrice, entrée à l'asile le 19 juin 1885.

Antécédents héréditaires : grand-père paternel aliéné.

Cette femme, très nerveuse, a toujours été d'un caractère

irascible, ne supportant aucune contradiction. Pendant ces deux dernières années, depuis son mariage, elle a eu à subir beaucoup de fatigues et d'ennuis : grossesse, maladie et perte de son mari. discussions de famille ; obligée de veiller son mari pendant sa maladie, elle se fatigua beaucoup. Sur ce terrain déjà prédisposé par l'hérédité, se développèrent rapidement des symptômes aigus de lypémanie : anxiété, hallucinations, quelques idées de persécution.

La veuve B... à toujours peur ; elle croit que le diable va l'emporter, l'attirer par la fenêtre, la faire brûler, elle le voit la nuit descendre par la cheminée, elle entend le pas de personnes qui viennent la saisir, ses frères lui ont volé ses biens et l'ont livrée au démon. Ces troubles psychiques et sensoriels ont occasionné déjà, avant l'entrée, des tentatives de suicide : elle s'est jetée une fois à l'eau, parce qu'elle souffrait trop, elle s'est précipitée par une fenêtre pour échapper aux poursuites du diable.

Deux mois après son admission à l'asile, la veuve B..., qui a toujours conservé le même type anxieux, réussit à défaire une des chaînettes qui servent à empêcher d'ouvrir entièrement les fenêtres et se précipite du deuxième étage, poussée a-t-elle dit, par quelque chose qui est passé sur sa tête, mais qu'elle ne peut expliquer clairement. Les troubles paralytiques causés par cette chute disparurent assez rapidement, la santé physique ne resta en rien troublée par cet accident. Le même délire persista encore longtemps, faisant toujours craindre de nouvelles tentatives de suicide ; puis une légère amélioration survint qui s'accrut peu à peu et après deux ans d'internement la malade sortait complètement guérie.

OBSERVATION V

(*Collection de l'asile*)

Femme V..., 55 ans, sans profession, entrée le 8 août 1887.

L'hérédité de cette femme est très chargée : les grands parents paternels ont eu deux enfants : une fille idiote et le père de la malade qui n'a présenté aucun trouble.

Nous n'avons aucun renseignement sur les grands parents maternels, mais un frère du grand-père était aliéné. Deux enfants sont nés de leur mariage, un fils qui devint aliéné et eut des enfants aliénés et la mère de la malade qui présenta des troubles cérébraux.

Les parents de la malade, père sain et mère aliénée eurent huit enfants :

Une fille morte saine ;

Un fils sain célibataire ;

Un fils marié, sans enfants, *suicidé* ;

Un fils célibataire, *ayant tenté de se suicider*, mort aliéné à Saint-Jacques ;

Une fille morte à St-Jacques ;

La malade qui a trois enfants dont deux idiots ;

Une fille internée depuis 26 ans à l'asile ;

Une fille saine, mariée, ayant eu 3 enfants dont un fit *une tentative de suicide*.

La femme V..., qui vient à l'asile pour la troisième fois est une hypémaniaque, elle se croit ruinée, la justice va tout mettre en vente chez elle, les jeunes filles qui viennent la voir ont une mauvaise conduite, etc. Pour échapper aux souffrances que lui cause ce délire, elle a déjà tenté plusieurs fois de se suicider. Elle réussit enfin, peu de temps après avoir été retirée de l'établissement, à s'empoisonner en absorbant des substances destinées au traitement de la vigne.

OBSERVATION VI

(*Collection de l'asile*)

G..., 25 ans. célibataire cultivateur, entré à l'asile le 31 mai 1887.

Antécédents héréditaires : arrière grand-père et arrière grand-oncle aliénés sans avoir été séquestrés, grand'mère hystérique ; plusieurs cousins ont eu des troubles intellectuels. Une sœur a été atteinte de mélancolie hypochondriaque, à l'âge de 19 ans ; internée à Saint-Jacques, elle y est morte âgée de 24 ans par phtisie pulmonaire. Le père et un frère de G..., présentent du bégaiement comme le malade lui-même.

Rien de particulier dans l'enfance et la jeunesse de G... ; six mois avant l'admission à l'asile, sans cause appréciable, il s'est mis à se plaindre de lassitude générale, de douleurs empêchant tout travail ; le délire et l'inaction sont devenus continus, le sommeil manquait, les aliments étaient refusés ; il n'y avait pas d'hallucinations. Pour se soustraire à ces souffrances, G... a essayé de se donner la mort une fois en se jetant à l'eau, une autre fois en absorbant du laudanum. Le placement à Saint-Jacques eut lieu dans ces conditions.

La prostration physique, les gémissements du malade, ses plaintes hypochondriaques ayant trait à des palpitations, à des douleurs ressenties dans le cou, le dos, l'estomac et l'abdomen, son facies spécial firent penser, la phtisie pulmonaire étant écartée après examen, à des habitudes de masturbation avouées bientôt par G.

Le 14 juillet, G... fait une tentative de suicide qui échoue dès le commencement de l'exécution, la corde avec laquelle il

essayait de se pendre dans le dortoir, s'étant rompue. Le 13 août, il en fait une plus sérieuse, par pendaison : G..., que l'on s'efforçait d'occuper pour l'arracher à ses préoccupations hypochondriaques, quittait le Quartier pour aller chercher les aliments de sa section ; il se dérobe à la surveillance du gardien qui conduit la petite escouade de malades et pénètre dans une salle de bains. Muni de deux mouchoirs habilement disposés, il se pend à un crochet fixé au-dessus d'une baignoire. Il fut décroché au bout de trois ou quatre minutes et présenta des phénomènes consécutifs très curieux, relatés par M. Terrien, interne du service, dans le *Progrès médical* du 17 septembre 1887 ; agitation convulsive de l'épileptique, contractures et clownisme de l'hystérique, mouvement giratoire à droite. Au réveil, l'instinct passionnel fut le premier à reparaitre.

Le même délire continua dans la suite : G... se disait impropre à toutes choses et émettait souvent l'idée que la mort serait préférable pour lui ; il fit encore deux tentatives de suicide dont une par strangulation, au milieu de la nuit, couché et allongé sous ses draps, le lien fixé aux barreaux du lit.

Dans un but de protection, pour empêcher une plus grande consommation, dont la cause était la masturbation à laquelle G... se livrait d'une façon effrénée et pour éviter de nouvelles tentatives de suicide, il fut décidé que le malade conserverait jour et nuit une ceinture de toile lui enlevant l'usage des mains, retenues par les poignets sur les côtés du corps. Le malade ainsi maintenu, nourri pendant quelques jours à la sonde, acceptant ensuite la nourriture, la santé physique revint progressivement et le délire disparut peu à peu. Le 24 décembre, on cessa l'emploi de la ceinture, il n'y eut plus besoin d'y recourir et le 17 janvier 1888, G... fut remis à ses parents.

Quatre ans après, ce jeune homme était trouvé mort dans un pré, voisin de son habitation : il s'était pendu pendant la nuit, à l'aide d'une longe de licol, à une branche de chêne.

OBSERVATION VII

(Collection de l'asile)

Femme R..., 40 ans, ménagère, entrée à l'asile le 6 juillet 1887.

C'est une lypémanique persécutée : elle est très tourmentée, son facies est anxieux. Tout son mal, dit-elle, lui vient de son mari qui la travaille jusqu'à Saint-Jacques. Elle a de nombreuses hallucinations.

Elle demande continuellement sa sortie, elle a fait le vœu d'aller à pied à Ste-Anne d'Auray, et une nuit, Dieu lui est apparu, lui reprochant de n'avoir pas tenu sa promesse. Un matin, elle s'évade en escaladant le mur ; on l'arrête huit jours après sur la route de Sainte-Anne ; elle avait essayé de se couper le poignet gauche, les extenseurs des doigts sont sectionnés. Elle est enfermée quelque temps à l'asile de Lesvellec (Morbihan) et de là ramenée à Saint-Jacques.

Un mois après, la malade se fait, à l'aide de ciseaux de travail, une section de la paroi abdominale, à droite et coupe une anse intestinale qui a fait hernie. C'est pour échapper aux nombreuses souffrances qui lui viennent de son mari, que la femme R... s'est fait ces deux mutilations.

Malgré les soins apportés immédiatement par le chirurgien, la malade meurt le lendemain d'une péritonite consécutive à la blessure.

OBSERVATION VIII

(A. Gangloff, interne du service)

Fille M..., 20 ans, sans profession, entrée à l'asile le 8 août 1892.

Antécédents héréditaires : la mère est une sensitive exagérée, paralytique, hystérique. Une cousine germaine a été internée à l'asile.

Antécédents personnels : constitution strumeuse, un peu de faiblesse intellectuelle, peu de facilité à apprendre ; fièvre typhoïde il y a trois ans.

Élevée dans l'ignorance des choses de la vie, il se peut que le cerveau faible et prédisposé de cette jeune fille, ait été troublé par des révélations trop brusques faites par des jeunes femmes au mariage de sa sœur. Elle commence à s'imaginer qu'elle est différente des jeunes filles de son âge ; les règles ayant été supprimées, elle croit être enceinte et malgré les explications précises qu'est obligée de lui donner sa mère, elle persiste longtemps dans cette idée. Elle crache beaucoup et dit que c'est un écoulement de cerveau qui lui passe par l'arrière gorge ; elle a des scrupules religieux. Toutes ces conceptions mélancoliques la poussent au suicide ; elle a demandé du poison à sa mère ; le matin de l'entrée à l'asile, elle a avalé à l'hôtel une gorgée d'eau blanche ; enfin à l'asile, elle refuse d'abord la nourriture. Un matin, une gardienne arrive juste à temps pour arrêter la malade qui allait se précipiter de la fenêtre d'un deuxième étage et elle est obligée de lutter avec elle pour l'empêcher de mettre son projet à exécution.

La malade est soumise à un traitement rigoureux : douches,

bains froids, pédiluves sinapisés, vin emménagogue, potion aconit et éther. Un peu d'amélioration se produit dans l'état mélancolique ; la jeune fille est retirée par sa famille.

OBSERVATION IX

(*Personnelle*)

G., 48 ans, ancien douanier, entré à l'asile le 11 juin 1890.

Atteint de la folie des persécutions ; le délire, les hallucinations, la marche de la maladie firent classer l'affection mentale dans le cadre des folies systématisées progressives.

Malgré son délire et sur ses instances, le malade avait été employé, non à des travaux essentiellement manuels, comme le jardinage, la carrière de pierres, l'entretien des chemins, mais, à cause de sa profession antérieure à des travaux, dits d'intérieur, soins de propreté des quartiers, lingerie, conciergerie. A la lingerie, il avait été occupé de longs mois à la satisfaction complète des sœurs qui en sont chargées et enfin, il fut appelé à aider à la conciergerie de la division des hommes. Là, son emploi était très doux et il paraissait bien se plaire. La transformation délirante vers la mégalomanie s'opérait insensiblement.

Un matin, vers 8 heures, il abandonna son poste sans que rien put faire même soupçonner son projet et alla se pendre à l'aide d'une petite ficelle entourant plusieurs fois le cou derrière la porte de la petite salle de bains de sa section, section dont tous les aliénés vont au travail et qui est par conséquent déserte en dehors des heures de repas.

OBSERVATION X

(*G. Savatier*)

Femme R..., 44 ans, sans profession, entrée à l'asile le 18 octobre 1893, pour la quatrième fois.

Antécédents héréditaires : oncle paternel aliéné.

Le diagnostic porté à l'entrée est : manie avec excitation, conceptions délirantes diverses, exagération des sentiments religieux, idées de persécution et quelque délire des grandeurs. Les idées de persécution dominent surtout cette fois-ci. La malade a essayé plusieurs fois de se suicider : la veille de l'admission à l'asile, elle a réussi à ouvrir une fenêtre que l'on avait cadenassée par précaution et s'est précipitée du premier étage. Elle est amenée avec une fracture de la jambe. Un appareil plâtré est délayé par la malade qui réussit encore à détruire l'appareil silicaté construit pour le remplacer. La femme R... est récalcitrante à tous soins et devient dangereuse pour les autres malades.

Mise en cellule, elle y est trouvée pendue, vers cinq heures et demie du matin ; la mort remontait à environ 3 heures ; elle s'était servie de sa serviette attachée à l'un des barreaux d'une petite fenêtre élevée ; elle avait dû faire les préparatifs à la clarté de la lune.

OBSERVATION XI

(*Personnelle*)

B..., 33 ans, célibataire, cultivateur, entré à l'asile le 29 mars 1894, pour la deuxième fois.

L'affection mentale, développée sur un fonds de débilité intellectuelle et sous l'influence d'excès de boisson, est caractérisée par de la mélancolie, avec stupeur, conceptions hypochondriaques. Chez lui, B... cherchait souvent à s'enfuir pour aller se jeter dans la rivière.

Aucune amélioration ne se manifeste à l'asile ; le malade se suicide par pendaison deux mois après son entrée. Ce suicide se produit trois jours après le suicide du même genre de l'observation précédente. Le malade profite de l'inattention d'un gardien pour se pendre à l'angle supérieur d'une porte entr'ouverte au moyen de sa cravate et de son mouchoir.

OBSERVATION XII

Personnelle

M..., 37 ans, célibataire, élève en pharmacie, entré à l'asile, le 27 janvier 1895.

Cet homme dont la mère est très nerveuse a été atteint, dans sa jeunesse de danse de St-Guy, il lui en est resté un léger mouvement involontaire de la tête. Il s'adonne depuis longtemps à des habitudes de masturbation. Il a déjà subi une première atteinte de l'affection mentale qui l'amène à Saint-Jacques, pendant une visite à l'Exposition de 1889. M... est atteint de mélancolie hypochondriaque ; il a peur de tout, des trains, du vent, de lui-même. Il se sent, et c'est là sa plus grande souffrance, poussé par moment à faire du mal aux personnes de son entourage et c'est pour échapper à ces impulsions violentes que lui viennent des idées de suicide.

Un matin, il se sent irrésistiblement poussé à frapper ses

gardiens ; alors descendant au lavabo pour faire sa toilette à l'heure du lever, il monte sur une chaise et se précipite la tête la première sur le sol bitumé. Il ne se produit que des plaies contuses de la tête et un décollement du cuir chevelu, le tout sans gravité.

Ces craintes et ces impulsions persistèrent encore assez longtemps ; une réaction heureuse survint enfin au bout de sept à huit mois et M... put être rendu à sa famille bien amélioré.

OBSERVATION XIII

Personnelle

R..., 22 ans, célibataire, garçon de ferme, entré à l'asile le 42 juin 1892.

Vient de la prison où il était détenu sous l'inculpation de meurtre, après avoir été reconnu irresponsable à la suite d'un rapport médico-légal.

R... est scrofuleux, il a eu dans son enfance et jusqu'à 20 ans des attaques d'épilepsie ; elles ont depuis diminué et à l'asile, on n'a remarqué aucune crise convulsive.

Il a toujours été très excitable et impulsif, mais ce n'est que vers l'âge de 20 ans que sont apparues les hallucinations de la vue et les conceptions hypochondriaques que l'on remarque au moment de l'entrée à l'asile. Etant un jour à la campagne suivi d'un voisin, R... a cru entendre celui-ci l'injurier, l'appeler voleur, mendiant, il s'est retourné brusquement et a tué cet homme de deux coups de bâton.

Dans les premiers jours du séjour à l'asile, le malade est profondément mélancolique, inquiet, il se met à genoux devant

le médecin. Employé au bout de quelque temps au travail d'une carrière attenante à l'établissement, il se donne d'abord un coup de pierre, puis des coups de masse sur la tête. Ces coups produisirent des plaies contuses avec décollement très étendu du cuir chevelu. R... demande quelques jours après pardon de ce qu'il a fait, il n'explique que très imparfaitement ce qui l'a poussé à se frapper ainsi.

La plaie était à peu près guérie, lorsque R... pendant une nuit, essaie, après s'être emparé du couteau d'un gardien qui dormait de se sectionner le cou. Le matin il est trouvé dans son lit couvert de sang, mais le résultat de cette tentative fut encore sans gravité. Il avait agi ainsi, a-t-il dit, parce qu'il se sentait des serpents dans le ventre.

R..., qui est encore interné à l'asile St-Jacques, est sensiblement amélioré et n'a fait aucune autre tentative de suicide depuis plus de deux ans.

OBSERVATION XIV

Personnelle

G..., 46 ans, veuf remarié, fonctionnaire, entré à l'asile le 1^{er} juillet 1892, transféré de l'asile de B***.

Affection organique des centres nerveux qui a produit des troubles intellectuels, de la mélancolie hypochondriaque et de l'irritabilité inconsciente et impulsive dangereuse pour lui et pour autrui. Crises épileptiformes répétées.

Pas d'antécédents héréditaires, mais comme antécédents personnels, une activité sexuelle touchant au satyriasis.

Au début, hémiplégie gauche avec anesthésie; aphasie,

agraphie, surdité verbale. Il fait comprendre par des gestes qu'il ne peut arriver à exprimer ses idées, qu'il a oublié les mots. Cette impuissance le pousse à de fréquents accès de fureur et de désespoir, il fait signe qu'il veut se couper la gorge ou se noyer.

Un jour, avant d'être interné, trompant la surveillance de ceux qui l'entourent, il se précipite par une fenêtre, mais en est quitte pour des contusions multiples, sans aucune lésion grave.

Une seconde fois, depuis son entrée à l'asile, il profite d'un moment où son gardien fait son lit pour se jeter par la fenêtre de sa chambre située au premier étage : il se fait cette fois une fracture de jambe et quelques légères contusions qui guérissent rapidement.

Etat toujours stationnaire depuis cet accident, G... est gardé presque continuellement au lit dans une cellule.

OBSERVATION XV

(A. Gangloff, interne du service)

F..., 32 ans, célibataire, cultivateur, entré à l'asile le 22 mai 1895.

Antécédents héréditaires : une tante paternelle aliénée.

Ce malade est depuis longtemps déjà profondément mélancolique, hypochondriaque et halluciné. Il a à diverses reprises manifesté l'intention de se suicider, mais n'avait encore fait aucune tentative sérieuse, lorsqu'il y a quinze jours, il commença à refuser la nourriture. Il n'a depuis pris aucun aliment ; aussi lorsqu'on se décide enfin à l'amener à l'asile est-il dans un état

de maigreur effrayant. L'affaiblissement physique est trop avancé pour que l'on puisse garder quelque espérance d'y remédier.

Le malade, qui continue à refuser toute nourriture, est alimenté pendant trois jours à l'aide de la sonde œsophagienne. Cependant la mort survient au bout de ce temps.



CONCLUSIONS

La mesure mise à l'étude par la Commission administrative des Hospices de Nantes ne semble pas avoir grande valeur. Les rideaux des fenêtres n'ont jamais servi, ce n'est pas à dire qu'ils ne seront jamais employé un jour ou l'autre. Nous ne pouvons pas conseiller de les supprimer dans les locaux qui en sont pourvus, pensionnats et infirmeries. Ils sont très faiblement maintenus aux tringles et celles-ci sont très haut placées. Cependant on pourrait leur appliquer les mêmes dispositions qu'aux rideaux de lits, visés par l'art. 74 du règlement, c'est-à-dire un système qui permit au tout de céder sous une faible traction.

En somme, il semble impossible d'arriver à pouvoir s'arrêter à des mesures générales qu'on puisse garantir absolument efficaces contre les suicides, médités avec cette dissimulation patiente et constante, exécutés avec une habileté et une rapidité qui déconcertent toute surveillance.

D'une manière générale, il faudrait pouvoir augmenter dans des proportions énormes le personnel des surveillants. Mais on se heurtera dans la pratique, d'abord à la question de budget qui limite les progrès et les améliorations de ce côté ; ensuite, au point de vue humanitaire, on risquerait fort de tomber dans l'excès contraire. Le jour où pour tous

les aliénés, la règle serait changée, le personnel de surveillance augmenté, il y aurait à craindre de voir le régime des aliénés prendre un caractère de sévérité non justifiée pour les trois quarts d'entre eux, régime injuste, cruel et inutile. On ne doit pas perdre de vue que l'aliéné n'est pas un criminel, qu'il n'est très souvent pas un être dangereux et que toujours il reste un homme digne de la pitié des hommes plus qu'un autre, un homme qui comprend trop souvent ce que son état a de lamentable et pour qui les instants de raison sont des moments épouvantables de tristesse, d'horreur et de chagrin.

Pinel fit d'eux ce qu'ils sont, des malades dignes de la pitié et il brisa les fers dans lesquels on les retenait injustement : c'est l'œuvre de Pinel qu'il faut continuer. Et en visant à un excès de surveillance, en appliquant plus étroitement les moyens de contention, on retomberait fatalement dans les tortures qu'enduraient ces malheureux avant la Révolution dans les cages des Petites-Maisons, de la Salpêtrière et de Bicêtre.

En résumé : tous les aliénés, sauf peu d'exceptions peuvent avoir recours au suicide, mais il ne se présente pas avec les mêmes caractères dans toutes les formes de l'aliénation mentale.

Chez quelques-uns, les idées de suicide proprement dites n'existent pas : ce sont les maniaques, les impulsifs, les hystériques et en général les alcooliques et les épilep-

tiques : quand le suicide se produit, il est le résultat d'impulsions soudaines, irréfléchies.

Les autres : mélancoliques , persécutés, neurasthéniques, certains épileptiques, certains alcooliques et paralytiques-généraux hypocondriaques, raisonnent et calculent leur acte.

Comme modes d'exécution, ils ont souvent recours aux plus étranges et aux plus compliqués.

On conçoit dès lors l'embarras du médecin légiste qui se trouve en présence d'un de ces cas bizarres chez un individu dont le suicide est la première manifestation d'une affection mentale et qui était par conséquent libre.

D'après les exemples ci-dessus, il est permis d'affirmer qu'une surveillance nullement en défaut n'aurait pas été capable d'éviter l'accomplissement de certains suicides.

Empêcher les suicides paraît donc impossible, à moins de traiter nos malheureux pensionnaires comme sont traités les criminels que la justice a punis de la peine capitale, ce qui n'est pas admissible ; à moins encore de pouvoir donner à nos asiles un personnel de surveillance autrement nombreux que celui que les budgets des départements ou des hospices peuvent leur permettre d'avoir actuellement.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL

Vu : Le Président de la Thèse,
JOFFROY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- B. Ball.* — Leçons cliniques sur les maladies mentales.
- A. Biale.* — Gazette des Hôpitaux, 8 Mai 1877.
- Annales médico-psychologiques, juillet 1888.
- Echo médical de Toulouse, 3 Novembre 1888.
- Rapports annuels au Préfet de la Loire-Inférieure.
- A. Brierre de Boismont.* — Du suicide et de la folie-suicide, 1856.
- J. Chpolicanski.* — Des analogies entre la folie à deux et le suicide à deux. Thèse de Paris 1885.
- Christian.* — Annales médico-psychologiques, Sept. 1887.
- P. Clament.* — Du suicide dans quelques formes d'aliénation mentale. Thèse de Paris 1883.
- J. Lurat.* — Suicide des aliénés. Thèse de Paris 1875.
- J. Luys.* — Traité clinique et pratique des maladies mentales, 1881.
- A. Meilhon.* — Du suicide dans le délire ou folie des persécutions. Thèse de Bordeaux 1885.
- P. Moreau* (de Tours). — De la contagion du suicide à propos de l'épidémie actuelle. Thèse de Paris 1875.
- Suicide. N. dict. de méd. et chir. pratique 1883.
- Suicides étranges (Ann. méd. psych. Novembre 1890).

G. Ollive. — Suicide ou assassinat. Gazette médicale de Nantes,
Juin 1895.

A. Pitres. — Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme.

E. Regis. — Manuel pratique de médecine mentale 1892.

Terrien. — Progrès médical, 17 Septembre 1887.

Ch. Vibert. — Précis de médecine légale 1893.

